

## HIV Testing is a Routine Part of Prenatal Care

- ✓ Human Immunodeficiency Virus (HIV) is an infection that weakens the immune system, making it hard for the body to fight infections.
- ✓ I know I am more likely to get HIV through high risk behaviors such as:
  - sex without a condom
  - many different sex partners
  - sex with men who have had sex with other men
  - sharing needles for any reason (including tattooing)
  - using alcohol or other drugs that affect my decision making
  - receiving a blood transfusion from an unsafe blood supply
  - sex with anyone who has engaged in the above risk behaviors
- ✓ I understand that a test will be done along with other routine pregnancy lab tests to determine if I have HIV. Test results will be shared with health care providers involved in my care.
- ✓ I understand that a *negative* test result may mean:
  - I do not have HIV
  - or
  - I may have HIV, but have not had it long enough for my body to react with a positive test.
- ✓ I understand that a *positive* test result means I have HIV, the virus that causes AIDS. Positive HIV tests must be confidentially reported to the health department.
- ✓ I know that if I am infected with HIV, my baby can get HIV from me while I am pregnant, during childbirth, or while breastfeeding.
- ✓ **I have been told that if I have HIV infection, I can receive medication that will dramatically reduce my baby's chance of getting the virus from me and will help me stay healthy and live longer.**
- ✓ I have the right to accept or decline testing.

I agree to be tested for HIV.

I do not agree to be tested for HIV at this time

---

Patient Signature

Date

---

Practitioner Signature

Date

SST/HIV Test Consent.mw  
Oct. 2005aa

## Examen de VIH es Parte de la Rutina del Cuidado Prenatal

- ✓ Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es una infección que debilita el sistema inmune, haciendo más difícil para el cuerpo pelear contra las infecciones.
  - ✓ Sé que soy más probable de obtener el VIH por conductas de alto riesgo tales como:
    - sexo sin un condón
    - muchas diferentes parejas sexuales
    - sexo con hombres que han tenido sexo con otros hombres
    - compartir agujas por cualquier razón (incluyendo tatuajes)
    - usando alcohol u otras drogas que afecten mi manera de tomar decisiones
    - recibiendo transfusiones sanguíneas de una fuente insegura
    - sexo con alguien que ha estado envuelto en las actividades anteriores
  - ✓ Entiendo que una prueba sera hecha junto con otros exámenes rutinarios del embarazo para determinar si tengo VIH. Los resultados seran compartidos con los proveedores de cuidado médico envueltos en mi cuidado.
  - ✓ Entiendo que un resultado *negativo* de la prueba puede significar que:
    - No tengo VIH
    - 
    - Puede que tenga el VIH, pero no ha estado en mi cuerpo el tiempo necesario para reaccionar positivo a la prueba.
  - ✓ Entiendo que un resultado *positivo* significa que tengo VIH, el virus que causa el SIDA. Resultados positivos de VIH deben ser reportados confidencialmente al departamento de Salud.
  - ✓ Sé que si estoy infectada con VIH, mi bebé puede obtener VIH de mi durante el embarazo, el parto o la lactancia.
  - ✓ **Se me a dicho que si yo tengo la infección de VIH, yo puedo recibir medicación que reduzca dramáticamente la oportunidad de que mi bebé obtenga el virus de mi y me ayudara a estar sana y vivir mas tiempo.**
  - ✓ Tengo el derecho de aceptar o rechazar el examen.
- Si acepto examen para VIH.       No acepto examen para VIH en este tiempo

---

Firma Del Paciente/Patient Signature

Fecha/Date

---

Firma Del Practicante/Practitioner Signature

Fecha/Date

SST/HIV Test Consent spa.mw  
aa